



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(30):69-78**

Artigos de Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v6i30.1099](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i30.1099)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 24/07/2024

Aceito: 18/02/2025

Função sexual durante o período gestacional: um estudo transversal

Sexual function during pregnancy: a cross-sectional study

Mariana Cecchi Salata^{1*} , Jamile Monteiro de Andrade¹ , Elisa Helena Borges Filgueira¹ , Amanda Gabrielle da Cruz Silva¹ , Bárbara Gabrielle Morais Maciel¹ , Hayandra Ferreira Dias Mota² 

¹ UNICEPLAC, Brasília, DF – Brasil.

² Hospital Santa Marta, Brasília, DF – Brasil.

Correspondência: marianacecchi6@gmail.com

RESUMO

Objetivo: investigar a função sexual das mulheres durante o período gravídico, e as disfunções sexuais mais prevalentes. **Metodologia:** estudo transversal de caráter quantitativo realizado em um Centro Universitário do Distrito Federal. Foram utilizados questionários que abordavam questões sociodemográficas e antecedentes ginecológicos/obstétricos, e o questionário Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), para avaliar a função sexual das gestantes. As variáveis foram tabuladas no programa Microsoft Excel 2019, assim como as análises descritivas dos dados. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão para idade e análise do FSFI, os demais dados serão apresentados em valor percentual. **Resultados:** participaram 28 gestantes, com média de 25,61 anos. A prevalência foi de 46,5% de disfunção sexual entre as gestantes participantes, com a menor média no terceiro trimestre gestacional. No presente estudo, 50% das gestantes apresentaram uma baixa frequência sexual semanal. Ao analisar o escore do FSFI, a média encontrada foi de $25,91 \pm 5,87$, indicativo de disfunção sexual. Dentre os domínios avaliados, o desejo sexual obteve a menor média nos três trimestres gestacionais, as médias para satisfação, orgasmo e excitação foram maiores no segundo trimestre, e com o avançar da gestação a frequência de dor aumentou. **Conclusão:** as alterações fisiológicas no corpo da mulher podem influenciar no desenvolvimento de disfunções sexuais, sendo constatada que existe maior prevalência de disfunções durante o terceiro trimestre gestacional. Variáveis como gravidez prévia, e prática de atividade física demonstraram certa correlação com os valores encontrados no escore total do questionário FSFI.

Palavras-chave: Disfunção sexual fisiológica; Gestação; Sexualidade.

ABSTRACT

Objective: to investigate the sexual function of women during pregnancy, and the most prevalent sexual dysfunctions. **Methodology:** cross-sectional quantitative study conducted in a University Center of the Federal District. Questionnaires addressing sociodemographic questions and gynecological/obstetric antecedents were used, and the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire, to assess the sexual function of pregnant women. The variables were tabulated in the Microsoft Excel 2019 program, as well as the descriptive analysis of the data. Data were presented in mean and standard deviation for age and FSFI analysis, the other

data will be presented in percentage value. **Results:** 28 pregnant women participated, with a mean age of 25.61 years. The prevalence was 46.5% of sexual dysfunction among the participating women, with the lowest mean in the third gestational trimester. In the present study, 50% of the women had a low weekly sexual frequency. When analyzing the FSFI score, the average found was 25.91 ± 5.87 , indicating sexual dysfunction. Among the domains evaluated, sexual desire obtained the lowest average in the three gestational trimesters, the averages for satisfaction, orgasm and arousal were higher in the second trimester, and as gestation advanced, the frequency of pain increased. **Conclusion:** physiological changes in women's bodies may influence the development of sexual dysfunctions, and it was found that there is a higher prevalence of dysfunctions during the third trimester of pregnancy. Variables such as previous pregnancy, and practice of physical activity showed some correlation with the values found in the total score of the FSFI questionnaire.

Keywords: Sexual dysfunction physiological; Pregnancy; Sexuality.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹, a saúde sexual não se trata somente de ausência de doença ou de disfunção. O conceito se dá por meio do bem-estar físico, mental, emocional e social em relação à sexualidade. Com isso, a sexualidade é um tópico importante para a saúde de homens e mulheres, estando relacionada ao bem-estar e qualidade de vida de um indivíduo².

Durante o período gestacional, ocorrem mudanças emocionais, sociais, culturais, fisiológicas e biológicas na vida da mulher. A saúde sexual da gestante pode ser influenciada por fatores negativos, como o desconforto corporal, diminuição da disposição, alterações do nível de humor, qualidade do relacionamento, diminuição da autoestima – por conflito na percepção da imagem corporal –, tabus acerca do assunto, falta de conhecimento e preconceitos culturais, pessoais e religiosos^{3,4}.

As disfunções sexuais são frequentes entre as mulheres. Afetam cerca de 43% das mulheres no geral, enquanto as gestantes são afetadas em média de 63% a 93% com os sintomas⁵. Durante o período gestacional, cerca de 86% a 100% das gestantes continuam sexualmente ativas, porém, a atividade sexual adota um padrão e frequência diferentes do período pré-gestacional⁶.

É chamada de disfunção sexual qualquer dificuldade encontrada durante uma das fases do ciclo da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução). Com o avançar da gestação, há um declínio da atividade sexual. Não somente em relação à frequência, como também declínio no desejo sexual, na excitação, no orgasmo, lubrificação, satisfação e presença de dor

durante o ato. É um período no qual, em grande parte, há o aparecimento e agravamento dessas disfunções, que podem afetar de forma negativa a sexualidade da gestante e do casal⁷⁻⁹.

Sabe-se que as alterações físicas e psicológicas têm grande peso sobre a sexualidade da mulher no período gestacional. Porém, ainda são pouco discutidas, sobre a importância da relação sexual para os casais, as possíveis disfunções que podem ocorrer durante esse período e quais fatores podem influenciar a insatisfação na vida sexual dessas mulheres¹⁰.

Com isso, são necessários estudos que abordem o nível de satisfação das gestantes, para que os profissionais de saúde que acompanham diretamente esses casos possam promover orientações que permitam melhorar a vida sexual, possibilitando também que os profissionais de fisioterapia possam melhorar os diagnósticos e tratamentos propostos, abordando de forma mais leve assuntos íntimos do casal e promovendo a melhora da qualidade de vida durante a gestação¹¹. Levando em consideração os fatos expostos, observamos que as disfunções sexuais estão presentes na vida de muitas mulheres. Desta forma, o estudo objetiva investigar a função sexual das mulheres durante o período gravídico e as disfunções sexuais mais prevalentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo desenvolvido no Centro de Práticas Acadêmicas de um Centro Universitário do Distrito Federal. Participaram do estudo gestantes de 20 a 37 anos, em qualquer trimestre gestacional, de risco habitual ou alto risco, primigestas e multigestas que concordaram e

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas gestantes sem vida sexual ativa ou com contraindicação de relação sexual.

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2023. Após apresentado o objetivo da pesquisa e concordarem em participar, as gestantes receberam o TCLE e assinaram para dar prosseguimento às atividades.

Em seguida, foi realizada a aplicação de questionários que abordavam questões sociodemográficas e antecedentes ginecológicos/obstétricos, no qual foram obtidas informações acerca da idade materna e gestacional, estado civil, escolaridade, condição socioeconômica, frequência de atividade sexual semanal, número de parceiros prévios, prática de atividade física e presença de gestação prévia.

Posteriormente, foi aplicado o questionário Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) que tem como objetivo avaliar a função sexual, levando em consideração as 4 semanas antecedentes ao dia da aplicação, através de 19 perguntas de múltipla escolha, acerca de 6 domínios, sendo eles: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor¹².

Os resultados foram obtidos através de um cálculo computacional desenvolvido por Rosen et al.¹³. Para obter a pontuação final, é necessário somar a pontuação individual de cada item de acordo com cada domínio, finalizando com a multiplicação da soma pelo fator correspondente ao domínio. Dado isso, segundo Wiegel, Meston e Rosen¹⁴, a pontuação final $\leq 26,55$ é classificada como disfunção sexual feminina.

As variáveis foram tabuladas no programa Microsoft Excel 2019 assim como as análises descritivas dos dados. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão para idade e análise do FSFI, os demais dados foram apresentados em valor percentual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 40693020.8.0000.5058 e parecer consubstanciado de aprovação: 4.526.720.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi aplicado o questionário em 32 gestantes. Dessas, quatro foram excluídas por não estarem ativas sexualmente. Portanto, foram analisados dados de 28 gestantes. A média de idade encontrada foi de 25,61 anos (DP $\pm$ 4,50), com idade mínima de 20 anos e máxima de 37 anos. Das 28 gestantes elegíveis, 5

(17,9%) apresentavam-se no primeiro trimestre gestacional, 11 (39,2%) no segundo trimestre e 12 (42,9%) no terceiro trimestre.

A Tabela 1 demonstra as características da amostra, quanto aos aspectos sociodemográficos, como: faixa etária, escolaridade, estado civil e condição socioeconômica.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.

Variável	Nº (%)
Idade	
20-37 (25,61 $\pm$ 4,50)	28 (100%)
Estado civil	
Casadas	19 (67,9%)
União estável	5 (17,8%)
Solteiras	4 (14,3%)
Escolaridade	
Ensino superior	15 (53,6%)
Ensino superior incompleto	9 (32,1%)
Ensino médio	2 (7,1%)
Ensino médio incompleto	1 (3,6%)
Ensino fundamental	1 (3,6%)
Condição socioeconômica	
Até 1 salário mínimo	4 (14,3%)
De 1 a 3 salários mínimos	21 (75%)
De 3 a 5 salários mínimos	3 (10,7%)

Fonte: do autor, 2023.

Legenda: Nº (número), % (porcentagem).

Observou-se que a amostra englobou, principalmente, gestantes casadas (67,8%), onde grande parte da amostra estudada foi composta por mulheres que completaram (53,6%) ou estão cursando o ensino superior (32,1%), e apresentaram pontuação indicativa de disfunção sexual. Em relação à renda mensal, 75 % das gestantes ganhavam 1 a 3 salários mínimos.

A percepção de maternidade e sexualidade é inspirada por diversas variáveis socioeconômicas, podendo influenciar nos riscos à saúde sexual em maior ou menor grau, de acordo com a vivência de cada um¹⁵. Abdo et al.¹⁶ revelam grande associação entre a prevalência de disfunções sexuais e baixa escolaridade, já Soares et al.¹⁷ manifestam que as mulheres, principalmente gestantes,

podem apresentar alguma desordem ou disfunção sexual independente do contexto socioeconômico ao qual estão inseridas, em concordância com Prado, Mota e Lima¹⁸, que demonstram em seu estudo que os grupos pesquisados não apresentaram diferenças significativas comparada às diferentes categorias de escolaridade e renda e a prevalência de disfunções sexuais.

Durante o período gestacional a mulher passa por alterações fisiológicas, biológicas, emocionais, sociais e culturais. A função sexual de gestantes pode ser comprometida por algumas condições, como a diminuição da disposição, alteração na percepção da imagem corporal, levando a redução da autoestima e o sentimento de estar pouco atraente, presença de sintomas fisiológicos e desconfortos corporais, ajustes a novos papéis sociais, mudanças de humor e qualidade do relacionamento^{4,19}.

Analizando a literatura em geral, a prevalência de disfunções sexuais em gestantes variou de 33,04% a 81%^{3,8,20,21}. No estudo de Daud et al.⁸, a prevalência de disfunções sexuais em mulheres grávidas foi de 81%, divergindo de nosso estudo onde obteve-se uma prevalência menor, de 46,5%. Essa variabilidade pode ser justificada pelas distintas abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas, e à variedade das populações analisadas. Além disso, fatores como idade gestacional, aumento da idade materna, paridade, índice de massa corporal, incontinência urinária, condição socioeconômica, escolaridade, crenças e culturas podem influenciar em diferentes resultados acerca da presença de disfunção sexual¹⁰.

Verificou-se uma prevalência de 40% de disfunção sexual entre as gestantes do primeiro trimestre,

45,5% do segundo e 50% do terceiro. Encontramos pontuações mais baixas e maior prevalência de disfunções sexuais no terceiro trimestre gestacional, o que é consistente com outros estudos acerca do tema, como observado na análise de Daud et al.⁸, onde a pontuação média do FSFI foi de 18,74 e Chang et al.²², onde encontraram pontuações significativamente mais baixas para a função sexual total durante o final da gravidez.

A Tabela 2 apresenta a média e desvio padrão dos escores do FSFI, incluindo a pontuação média dos domínios em cada trimestre gestacional. O escore total do FSFI variou de 10 a 34, com o valor médio de 25,91 (DP ± 5,87). Entre as participantes, a média encontrada no questionário FSFI é indicativo de disfunção sexual, levando em consideração a nota de corte ≤ 26,55. Todavia, algumas gestantes, que obtiveram um escore total maior que a nota de corte, apresentaram disfunção sexual em algum domínio do FSFI. O valor médio do escore total para as gestantes do primeiro trimestre foi de 26,4 (DP ± 5,48), enquanto para as do segundo trimestre foi de 26,8 (DP ± 5,07) e no terceiro trimestre foi de 24,8 (DP ± 6,94).

A maioria das participantes apresentou maior prevalência de disfunções no terceiro trimestre gestacional, enquanto o segundo trimestre apresentou melhores resultados em cada domínio quando comparado aos demais períodos. Já acerca de cada domínio do questionário (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), os mais afetados foram desejo, excitação e orgasmo. O domínio com a maior média foi lubrificação, e o desejo sexual apresentou a menor pontuação nos três trimestres gestacionais.

Tabela 2 – Média e desvio padrão do FSFI, separados por trimestre.

FSFI e domínios	Trimestre		
	1º	2º	3º
FSFI (escore total)	26,4 ± 5,48	26,8 ± 5,07	24,8 ± 6,94
Desejo	2,92 ± 0,79	3,11 ± 1,16	3,45 ± 1,33
Excitação	4,26 ± 1,19	4,61 ± 1,22	4,28 ± 1,15
Lubrificação	5,28 ± 1,01	5,05 ± 1,06	4,4 ± 1,44
Orgasmo	4,24 ± 1,19	4,55 ± 1,42	4,43 ± 1,42
Satisfação	4,64 ± 1,34	4,73 ± 1,13	4,4 ± 1,55
Dor	5,12 ± 1,34	4,76 ± 1,33	3,9 ± 1,92

Fonte: do autor, 2023.

Legenda: FSFI (Índice de Função Sexual Feminina).

Segundo Araujo, Scaldo e Varela⁶, o transtorno de desejo sexual é a queixa mais frequente entre as mulheres. Dado este que condiz com os achados neste estudo, onde as médias do domínio desejo foram as menores entre todos os domínios analisados. Conforme observamos em Bezerra et al.²¹, cerca de 91,7% das mulheres relataram sentir desejo sexual no período pré-gestacional. No entanto, este desejo diminuiu em cerca de 56,6% das mulheres durante a gravidez. Em nosso estudo, apesar das médias apresentarem-se baixas em todos os trimestres, foi observado que o desejo sexual aumentou com a progressão da gestação, obtendo pior pontuação no primeiro trimestre (2,92). A nota para o domínio desejo também esteve baixa durante o primeiro trimestre em Bomfim e Melro²³, onde a média foi de 3,14, corroborando com Leite et al.¹², que apresentou média de 3,53 também no primeiro trimestre.

Durante o período gestacional, há a congestão dos vasos sanguíneos que se apresenta de forma mais intensa no primeiro e segundo trimestres, o que influencia diretamente na excitação sexual⁶. De acordo com o nosso estudo, a excitação sexual teve uma melhora no segundo trimestre com maior pontuação (4,61) comparando com os demais trimestres. O primeiro trimestre teve a menor pontuação no domínio excitação com 4,26 pontos, e apresentou pouca diferença quando comparado ao terceiro trimestre, que apontou pontuação de 4,28. Os estudos que relatam a temática excitação apresentam resultados diferentes, onde Sydow²⁴ evidenciou a redução da excitação durante toda a gestação, enquanto O-Prasertsawat, Pongthai e Tangutai²⁵ relataram maior redução no segundo e terceiro trimestres.

A presença de dor se mostrou maior no último trimestre gestacional, onde o escore esteve baixo (3,9), enquanto no primeiro trimestre, a média se encontra como uma das mais altas do estudo (5,12), assim como na pesquisa de Gokyltiz e Beji²⁶, em que o terceiro trimestre foi o mais acometido com dores e dispareunia. No estudo de Bezerra et al.²¹, foi feita uma comparação entre o segundo e terceiro trimestre gestacional, onde se observou uma diminuição dos domínios sexuais com o avançar da gestação, e em relação ao domínio dor, de acordo com a pontuação do FSFI, houve uma diminuição da pontuação marcante no terceiro trimestre, indicando que nesse período as gestantes apresentam mais desconforto durante o ato sexual, podendo ser explicado por mudanças adaptativas que ocorrem na região pélvica para proporcionar o parto⁶.

No estudo de Leite et al.²⁷, os resultados demonstraram que o segundo trimestre gestacional possui um

padrão variável, sendo considerado o período mais estável emocionalmente da gestação, onde aparentemente existe um menor risco de perda. Nesse período, ocorrem alterações vasculares na pelve, a interrupção das náuseas e vômitos, e pode ocorrer uma melhora na disposição e até um aumento do desejo, permitindo uma melhor função sexual²⁷. O que é compatível com os resultados desse estudo, onde a excitação, o orgasmo e a satisfação apresentaram as melhores médias no segundo trimestre gestacional. Chang et al.²² observaram um aumento estatisticamente significativo da satisfação sexual no terceiro trimestre. Contudo, em nosso estudo, houve uma diminuição na satisfação sexual no último trimestre, quando comparado aos demais períodos.

De acordo com a literatura, a paridade é um dos fatores que intervêm na função sexual feminina²⁸. Conforme a tabela 3, os dados mostraram que 64,3% das participantes eram primigestas, enquanto 35,7% tiveram gestação prévia. Dessas gestantes multigestas, 70% apresentaram disfunção sexual, o que é consistente com um estudo de Direkvand-Moghadam e colaboradores²⁹, onde multigestas expressaram cinco vezes mais chances de ter alguma disfunção, quando comparadas com as primigestas.

Tabela 3 – Antecedentes ginecológicos/obstétricos e prática de atividade física.

Variável	Nº (%)
Gravidez prévia	
Não	18 (64,3%)
Sim	10 (35,7%)
Frequência sexual semanal	
Até uma vez na semana	14 (50%)
2 a 3 vezes na semana	12 (42,9%)
4 a 5 vezes na semana	2 (7,1%)
Prática de atividade física	
Não	20 (71,4%)
Sim	8 (28,6%)
Fisioterapia pré-natal	
Não	21 (75%)
Sim	7 (25%)
Orientação do obstetra quanto à sexualidade	
Não	17 (60,7%)
Sim	11 (39,3%)

Fonte: do autor, 2023.

Legenda: Nº (número de participantes), % (porcentagem).

No presente estudo, 50% das gestantes apresentaram uma baixa frequência sexual semanal, referindo atividade sexual de até uma vez na semana, compatível com o estudo de Bomfim e Melro²³, onde cerca de 44% das gestantes apresentaram frequência sexual semanal reduzida e alteração no padrão sexual.

O primeiro e terceiro trimestre apresentaram menor frequência sexual devido a mudanças no corpo materno e fetal, alterações hormonais, aumento do peso corporal e das mamas, crescimento abdominal, e mudanças do centro de gravidade. As alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação podem gerar desconfortos durante a relação sexual, atentando-se também ao posicionamento e posturas adotadas durante o coito²³. Os estudos de Ahmed, Madny e Ahmed²⁰ e Pauls, Occhino e Dryfhout³⁰ concluíram que a baixa frequência durante o primeiro trimestre ocorre devido à imagem corporal prejudicada e abstinência sexual por náuseas, mal-estar e medo de perder o bebê.

Embora a frequência sexual tenha se apresentado baixa, observa-se um notável aumento durante o segundo trimestre gestacional, assim como ponderado no estudo de Bezerra et al.²¹, onde este se mostrou mais ativo sexualmente, com uma mediana de oito relações sexuais por mês.

Um total de 20 mulheres relatou não realizar atividade física durante a gestação. Dentre elas, 55% apresentaram disfunção sexual. Das gestantes que relataram realizar atividade física regularmente, apenas 25% apresentaram disfunção, enquanto 75% apresentaram função sexual normal. Entre as gestantes praticantes de atividade física, 5 delas realizavam caminhada, 2 realizavam pilates e apenas uma realizava musculação. Conforme observado em Surita, Nascimento e Silva³¹, a informação entra em concordância com a nossa, onde a caminhada é a atividade aeróbica mais realizada, e o pilates e musculação são os exercícios de força mais praticados entre as gestantes.

Ao avaliar os domínios do FSFI com a prática de atividade física, Maseroli et al.³² observaram que os domínios desejo, lubrificação e excitação obtiveram pontuações maiores em mulheres que realizavam atividade física regularmente. Arnold³³ justifica que a atividade física afeta a saúde sexual, agindo com hormônios como o cortisol, prolactina, estrogênio, testosterona e ocitocina, os quais têm associação direta com a função sexual. A prática re-

gular de atividade física apresenta múltiplos efeitos que podem influenciar na saúde sexual³⁴. Além dos efeitos psicológicos e sociais como a melhora da autoestima e confiança, bem-estar, satisfação corporal, redução do estresse, depressão, ansiedade, e influência no convívio social, a atividade física apresenta mecanismos fisiológicos que proporcionam a alteração do funcionamento oxidativo dos tecidos e das células, onde ocorre o aumento dos níveis de óxido nítrico, o qual aciona proteínas que desempenham função de reparo e prevenção de danos aos tecidos, contribuindo assim com a melhora da função e satisfação sexual³⁴.

Ao investigar sobre a assistência fisioterapêutica durante a gestação, 25% das participantes estavam em acompanhamento. Dentre essas, 57,1% das mulheres apresentaram disfunção sexual, e os 75% restantes que não realizavam reportaram 42,9% de queixas sexuais. No estudo de Franceschet, Saccomori e Cardoso³⁵ foi encontrada uma correlação entre o grau de contração da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) e o escore do FSFI de forma significativa ($p = 0,540$ e $p < 0,001$). Em outro estudo foi observado que as mulheres que realizaram o Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) apresentaram resultados positivos na função sexual, demonstrando que os músculos do assoalho pélvico desempenham um papel importante na resposta sexual feminina³⁶. Os MAP são responsáveis pelo aumento da sensibilidade e fluxo sanguíneo na região, que favorecem o aumento do desejo sexual, da lubrificação e da excitação, tendo um importante papel na satisfação e função sexual³⁷.

A quantidade de gestantes que não receberam orientações médicas acerca da sexualidade no período pré-natal e apresentaram disfunção sexual foi maior (58,8%), comparado com mulheres que foram orientadas pelo profissional (27,3%). Nesta pesquisa, apenas 39,3% das gestantes relataram que o médico obstetra já abordou o tema sexualidade durante a gravidez, enquanto 60,7% nunca abordaram o assunto. Questões como preconceito, falta de preparo e de conhecimento dos médicos e pacientes a respeito da sexualidade reforçam a pertinência das disfunções sexuais durante o período gestacional³⁸. Um desafio encontrado pelas gestantes e pelos casais é o fato de não se sentirem confortáveis em iniciar a conversa sobre sexualida-

de com o médico. Para a ocorrência de um diálogo produtivo entre a gestante, parceiro(a) e o médico, mostra-se necessária a disponibilidade do obstetra para ouvir, responder dúvidas sobre a sexualidade e incentivar questões acerca do tema³⁸. A colaboração multiprofissional se expressa de forma essencial, em conjunto com o médico, para expandir um espectro de conhecimento que se encontra em um amplo conjunto de profissionais da saúde, trazendo grande influência da equipe multidisciplinar na capacidade de abordar adequadamente o assunto sexualidade³⁹.

Cerca de 14,3% relataram gravidez de risco. Dessas, metade obteve pontuação indicativa de disfunção sexual, resultado este que concorda com os encontrados nos estudos de Silva et al.⁴⁰. Sabe-se que gestantes de risco apresentam desafios e preocupações adicionais, onde a ansiedade usualmente está frequente e relacionada à gravidez e ao parto, fatos estes que influenciam no desejo sexual e promovem alterações da mulher em relação à sua sexualidade⁴⁰.

CONCLUSÕES

Durante o período gestacional as alterações fisiológicas no corpo da mulher podem influenciar no desenvolvimento de disfunções sexuais, sendo constatada que existe maior prevalência de disfunções durante o terceiro trimestre gestacional, baixa frequência sexual semanal durante a gestação, e o domínio mais afetado neste período é o desejo sexual. Variáveis como gravidez prévia, orientação médica sobre sexualidade e prática de atividade física demonstraram certa correlação com os valores encontrados no escore total do questionário FSFI.

A pesquisa se mostra relevante ao evidenciar a importância da orientação profissional sobre as alterações que ocorrem no período gravídico, e como elas podem influenciar em mudanças no padrão sexual. Neste âmbito, poucos são os profissionais que abordam o tema sexualidade durante o pré-natal, demonstrando a necessidade de preparação dos profissionais que acompanham gestantes, para assim promover qualidade de vida sexual durante este período da vida da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf
2. Preis F. Satisfação sexual das gestantes que realizam pré-natal nas unidades básicas de saúde. Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
3. Köhler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde*. 2017;16(3):360-366. DOI: 10.5585.
4. Fiamoncini AA, Reis MMF. Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *RBSH*. 2018;29(1):91-102. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.49>
5. Sobhgoi SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise On Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. *Sex Med Rev*. 2018;1-16. DOI: 10.1016/j.sxmr.2018.08.002.
6. Araujo TG, Scaldo SCP, Varela D. Função e Disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão de literatura. *RBSH*. 2019;30(1):29-38. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.69>
7. Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMAC. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm*, 2016 jan-fev;69(1):165-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690122i>

8. Daud S, Zahid AZM, Mohamed M, Abdullah B, Mohamed NAN. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019;300(5): 1279-1285. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05273-y>
9. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of sexual dysfunctions and their associated factors in pregnant women in an outpatient prenatal care clinic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(9):555-63. doi:10.1055/s-0039-1695021.
10. Naldoni LMV, Pazmiño MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CHJ. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2011;37(2):116-129. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.560537>
11. Sacomori C, Cardoso FL, Wittkopf PG, Latorre GFS. Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*. 2012 nov-dez;13(6):458-462.
12. Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validação do Índice da Função Sexual Feminina em grávidas brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):414-9.
13. Rosen R, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000;26(2):191-208.
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005;31(1):1-20. DOI: 10.1080/00926230590475206.
15. Alves JSA, Martinelli KG, Viana MC, Gama SGN, Santos-Neto ET. Fatores socioeconômicos que influenciam a percepção de adolescentes sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Research, Society and Development*. 2021;10(13). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21494>
16. Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Moreira Júnior ED, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004;16:160-6. doi:10.1038/sj.ijir.3901198.
17. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino PS, Almeida PC, Pinheiro AKB. Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Supl 4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0786>
18. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):139-143. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>
19. Savall ACR, Mendes AK, Cardoso FL. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Fisioter Mov*. 2008 abr-jun;21(2):61-70.
20. Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian woman. *J ObstetGynaecol Res.*, 2014 apr; 40(4): 1023-1029. doi:10.1111/jog.1231.
21. Bezerra IFD, Souza VPS, Santos LC, Viana ESR. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(6):266-71. DOI: 10.1590/SO100-720320150005254.

22. Chang S, Chen K, Lin H, Yu H. Comparision of Overall Sexual Function, Sexual Intercourse/Activity, Sexual Satisfaction, and Sexual Derise During the Three Trimesters of Pregnancy and Assessment of Their Determinants. *J Sex Med.* 2011;8:2859-2867. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02420.x.
23. Bomfim IQM, Melro BCF. Estudo Comparativo da Função Sexual em Mulheres Durante o Período Gestacional. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.* 2014;16(4): 277-282.
24. Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research.* 1999 jul;47(1):27-49. DOI: 10.1016/s0022-3999(98)00106-8.
25. O-Prasertsawat P, Pongthai S, Tangutai K. Factors associated with sexual dysfunctions during pregnancy. *Thai J of Obstet Gynaecol.* 1997;9(2):103-108.
26. Gokyldiz S, Beji NK. The Effect of Pregnancy on Sexual Life. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005;31(3):201-215. DOI: 10.1080/00926230590513410.
27. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AH, Souza E, Camano L. Prevalence of Sexual Dysfunction During Pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(5):563-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>
28. Banaei M, Azizi M, Moridi A, Dashti S, Yabandeh AP, Roozbeh N. Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews.* 2019;8:161. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1079-4>
29. Direkvand-Moghadam A, Suhrabi Z, Akbari M, Direkvand-Moghadam A. Prevalence and Predictive Factors of Sexual Dysfunction in Iranian Woman: Univariate and Multivariate Logistic Regression Analyses. *Korean J Fam Med.* 2016;37(5): 293-298. DOI: <http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.5.293>
30. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. *J Sex Med.* 2008;5:1915-1922. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x.
31. Surita FG, Nascimento SL, Silva JLP. Exercício físico e gestação. *Ver Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(12):531-4. DOI: 10.1590/SO100-720320140005176.
32. Maseroli E, Rastrelli G, Di Staci V, Cipriani S, Scavello I, Todisco T et al. Physical Activity and Female Sexual Dysfunction: A Lot Helps, But Not Too Much. *J Sex Med.* 2021;18:1217-1229. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.04.004>
33. Arnold LAC. Função sexual e prática de atividade física em mulheres primíparas no puerpério remoto. Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina, 2021.
34. Carvalho GMD, Gonzáles AN, Sties SW, Lima DP, Neto AS, Carvalho T. Exercício físico e sua influência na saúde sexual. *Cinergis.* 2015 jan-mar; 16(1):77-81. DOI: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v16i1.6090>
35. Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter.* Set-out 2009;13(5):383-389. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552009005000054>
36. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of woman with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2008;19:401-406. DOI: 10.1007/s00192-007-0452-3.

37. Nagamine BP, Dantas RS, Silva KCC. A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. *Research, Society and Development*. 2021;10(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12894>
38. Vieira TCB, Souza E, Nakamura MU, Mattar R. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(11):485-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001100001>
39. Vescovi G, Flach K, Teodózio AM, Maia GN, Levandowski DC. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. *Cad Saúde Colet*. 2022;30(4).
40. Silva JMC, Silva RMC, Pereira RO, Nunes MAP, Lima Júnior AS, Dias JMG. Perfil sexual de gestantes atendidas em pré-natal de alto risco. *RBSH*. 2014;25(1):09-18. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v25i1.166>

